ALLEGATO B)

ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI IN FAVORE DEI CAREGIVER FAMILIARI DISOCCUPATI O INOCCUPATI

ai sensi della L.R. Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026

Codice CUP: J59G26000130005

All'Ufficio Protocollo
del Comune di _____

in alternativa

All'ATS ALTO MOLISE
PEC **atsaltomolise@pec.it**

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ nato/a a _____

il _____/_____/_____ residente nel Comune di _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____ Telefono _____

E-mail _____ PEC _____

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale Alto Molise relativo all'intervento a favore del caregiver familiare di cui alla L.R. n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026

DICHIARA

☐ di svolgere gratuitamente e in modo continuativo l'attività di assistenza e di cura nei confronti della persona assistita _____ (nome e cognome);
☐ di essere residente nella Regione Molise;
☐ di aver compiuto il diciottesimo anno di età;
☐ di svolgere la propria attività di cura e assistenza nell'ambito del PAI;
☐ di essere disoccupato/a;
☐ di essere inoccupato/a;

☐ di aver presentato, contestualmente all'istanza di contributo di cui al presente Avviso, richiesta di riconoscimento dello stato di caregiver familiare, di cui alle Linee guida approvate con DGR n. 26/2026;
☐ di non beneficiare del contributo per altra persona assistita;
☐ di non beneficiare di altri contributi aventi le medesime finalità (vedi art. 7 dell'Avviso)
☐ che la persona assistita non è in regime residenziale presso strutture sanitarie e sociosanitarie.

e CHIEDE

☐ di poter accedere al contributo previsto per il sostegno ai caregiver familiari disoccupati o inoccupati ai sensi della L.R. Molise n. 13/2025 e delle Linee Guida regionali di cui alla DGR n. 26/2026;
☐ di poter accedere al riconoscimento dello status di caregiver familiare, di cui all'All. C del presente Avviso.

Per quanto sopra si dichiara quanto segue:

1) DATI DELLA PERSONA ASSISTITA

Cognome _____Nome _____Codice fiscale _____
nato/a a _____il _____/_____/_____residente nel Comune di _____CAP _____Via/Piazza _____n. ___
Telefono _____
Rapporto con il caregiver:
☐ Coniuge
☐ Parte dell'unione civile
☐ Convivente di fatto
☐ Figlio/a
☐ Genitore
☐ Fratello/Sorella
☐ Familiare e/o affine entro il secondo grado
☐ Altro familiare entro il terzo grado nei casi indicati dall'articolo 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

2) CONDIZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

Il soggetto assistito è:
☐ persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della legge n. 104/1992;
☐ titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge n. 18/1980, e ss.mm.ii.;
☐ persona non autosufficiente ai sensi dell'All. 3 al DPCM n. 159/2013 e nello specifico (è possibile effettuare più scelte):

- riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 508/1988, art. 1,

c. 2, lett. b) (per invalidi civili di età compresa tra 18 e 65 anni e ultrasessantacinquenni);

- riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 508/1988, art. 1 (per invalidi civili minori di età);
- riconoscimento dello stato di cieco civile assoluto ai sensi delle leggi n. 382/1970, n. 508/1988 e n. 138/2001;
- riconoscimento dello stato di inabilità con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa ai sensi della legge n. 222/1984, art. 5;
- riconoscimento dell'invalidità sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa ai sensi del DPR n. 1124/1965, art. 66, ovvero con menomazione dell'integrità psicofisica ai sensi della L. n. 296/1996, art. 1, c. 782, p. 4;
- riconoscimento dell'invalidità con diritto all'assegno di superinvalidità di cui alla Tab. E allegata al DPR 915/1978;

☐ Altra condizione prevista dalla normativa regionale
Specificare: _____;
☐ è presa in carico dall'Ambito Territoriale Sociale _____;
☐ è inserita in un Piano Assistenziale Individuale (PAI);
☐ è stato richiesto l'aggiornamento del PAI.

3) DICHIARAZIONI AI FINI DELLA GRADUATORIA

☐ Valore ISEE sociosanitario: € _____;
☐ Il richiedente NON ha figli minori conviventi con disabilità;
☐ Il richiedente ha almeno un figlio minore convivente con disabilità:
Nome e cognome _____ Data e luogo di nascita _____
Codice fiscale _____
Tipo di certificazione posseduta:

- persona con disabilità in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, c. 3, della legge n. 104/1992;
- titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge n. 18/1980, e ss.mm.ii.;
- persona non autosufficiente ai sensi dell'All. 3 al DPCM n. 159/2013;
- altra certificazione _____.

4) MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il contributo dovrà essere accreditato sul seguente conto corrente:
IBAN: _____
Intestato a: _____

Il sottoscritto inoltre dichiara

- di essere in possesso dei requisiti previsti nel presente avviso, con la consapevolezza, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del DPR 445/2000), della decadenza ei benefici eventualmente conseguiti (Art.75 de 2000);
- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato;
- di essere informato che i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati, che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Luogo data _____ ___/___/_____

IL DICHIARANTE

_____

Allegati:

1) B1- Istanza di riconoscimento dello status di caregiver familiare;
2) Copia del documento di identità in corso di validità;
3) Copia del documento di identità della persona assistita;
4) Certificazione dello stato di disabilità o di non autosufficienza della persona assistita (vedi art. 5 dell'Avviso);
5) Stato di famiglia, in caso di non familiare la comunicazione della persona identificata ai sensi dell'articolo 2 della l.r.13/2025;
6) DSU e Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
7) Documentazione attestante lo stato di disoccupazione/inoccupazione del richiedente rilasciata dal Centro per l'Impiego– C2 storico/Scheda anagrafica.

INFORMATIVA

ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Isernia.

Titolare del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento è il Comune di Isernia in qualità di Ente capofila dell'ATS Alto Molise che potrà essere contattato ai seguenti riferimenti. Indirizzo: Piazza Marconi, 3 - 86170 Isernia (IS) - Telefono: 0865.4491 - PEC: comuneisernia@pec.it

Responsabile della protezione dei dati

Al Responsabile della protezione dei dati potrà essere inviata qualsiasi comunicazione attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica: comuneisernia@pec.it

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per permettere di procedere alle verifiche dei requisiti richiesti, con l'osservanza delle disposizioni di legge e di regolamento in materia.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali.

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire al titolare del trattamento, dati qualificabili come categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Comune di Isernia non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 i suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai suoi dati personali, al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. I diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare o al

Responsabile della Protezione dei Dati ai riferimenti sopra indicati. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiede abitualmente o lavora o dello Stato in cui si e verificata la presunta violazione. I dati di contatto dell'autorità nazionale garante per la protezione dei dati personali sono disponibili all'indirizzo https://www.garanteprivacy.it/ In caso di trattamenti di dati effettuato dietro prestazione di consenso da parte dell'interessato, questi ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

__l__ sottoscritt__ alla luce dell'informativa ricevuta:

□ esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

□ esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;

□ esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Luogo e data, _____ Firma del richiedente _____